



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



JULIANA DE SOUZA GOULART

**Queilite angular recorrente a perda de
dimensão vertical e reabilitação oral**

UBERLÂNDIA

2017

JULIANA DE SOUZA GOULART

**Queilite angular recorrente a perda de
dimensão vertical e reabilitação oral**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
a Faculdade de Odontologia da UFU, como
requisito parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof^a. Dra. Juliana Bisinotto
Gomes Lima

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO(A)
DISCENTE **Juliana de Souza Goulart** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia 05 de julho de 2017, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Juliana de Souza Goulart**, COM O TÍTULO: **"QUEILITE ANGULAR RECORRENTE A PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL E REABILITAÇÃO ORAL"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

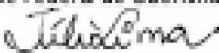
Uberlândia, 05 de julho de 2017



Prof. Dra. Camilla Christian Gomes Moura
Universidade Federal de Uberlândia – UFU




Aprovado/Reprovado



Prof. Dra. Juliana Binotto Gomes Lima
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Prof. Dra. Veridiana Resende Novais Simionato
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Camila de Carvalho Almança Lopes
Aluna de Doutorado – PPGD/UFU



Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pois ele têm sido tudo em minha vida.

Agradeço a todos os meus professores que me acompanharam durante a graduação transmitindo os seus conhecimentos e motivando-me em fazer sempre o melhor. Agradeço em especial também a minha orientadora Profa. Juliana Blsinotto, pela paciência em sua orientação e pelos incentivos que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda de meus amáveis pais, que no decorrer da minha vida, proporcionaram –me, além de carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre em Deus a força maior para o meu desenvolvimento como ser humano. Por essa razão gostaria de dedicar e reconhecer a vocês, minha imensa gratidão e sempre amor.

Agradeço também ao meu namorado, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, agradeço as minhas irmãs que sempre estiveram ao meu lado incentivando com exemplos e por todo apoio.

Quero agradecer também aos meus amigos e colegas de faculdade, pelos preciosos conselhos e incentivos, a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para esta imensa felicidade que estou sentindo neste momento.

À todos vocês, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

Resumo	01
Introdução	02
Relato de caso	03
Discussão	06
Conclusão	08
Referências bibliográficas	08

Queilite angular recorrente a perda de dimensão vertical e reabilitação oral

Juliana Bisinotto Gomes **Lima**¹

Juliana de Souza **Goulart** ²

Andréa Gomes **Oliveira**³

Luiz Carlos **Gonçalves**.⁴

Simone Maria Àvila Silva **Reis**⁵

Resumo

A Queilite angular, também conhecida popularmente como boqueira é uma lesão caracterizada por uma inflamação ou fissuras no ângulo da boca que pode acometer uni ou bilateralmente,tendo vários fatores locais e sistêmicos predisponentes envolvidos para o seu surgimento. Este relato de caso tem por objetivo relatar o tratamento reabilitador com próteses totais removíveis em uma paciente com características clínicas da Queilite angular,a grande importância da reabilitação oral com as próteses totais removíveis que desencadeou uma melhora na saúde sistêmica da paciente,não precisando de intervenções de medicamentos.A simples eliminação do fator principal já é suficiente para curar a Queilite angular,nos idosos apenas a troca das próteses é a medica necessária, sem a utilização de medicamentos, pomadas ou mesmo vitaminas suplementares.Sendo resultado da integração da saúde bucal com todo o organismo, a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal e a propensão de comportamento são integradas para estimar necessidades de tratamento mais criteriosos.

Palavras- chave: Prótese total removível, Queilite angular, Fungo

1 -Professora do Curso de Odontologia na Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia – UFU e-mail:julianalima@ufu.br

2 - Acadêmica do curso de odontologia da Faculdade Federal de Uberlândia - UFU e-mail:jujugoulart_3@hotmail.com

3 -Professora do Curso de Odontologia na Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia - UFU

4 -Professor do Curso de Odontologia na Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia - UFU

5-Professora do Curso de Odontologia na Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Introdução

A perda dos dentes leva a uma grande mudança em todo o sistema trato gastrointestinal. O paciente, se não reabilitado sofre alterações na mastigação, oclusão, fonética, sistema muscular, podendo originar patologias como hiperplasias e Queilite Angular.

A Queilite Angular é uma ulcera desenvolvida a partir do desencadeamento de um processo inflamatório na comissura labial, popularmente denominado boqueira. As úlceras podem ocorrer apenas em um lado ou em ambos os lados, não adentrando na boca. O maior índice ocorre em idosos, podendo acometer crianças e adolescentes¹⁵

A Candidíase está associada a alterações locais ou sistêmicas. Associa-se de forma aguda a: recém-nascido, diabetes, antibioticoterapia, xerostomia, imunossupressão, AIDS. E de forma crônica a: diabetes, prótese dentária, perda de dimensão vertical (queilite angular) e imunossupressão.^{2,16,19}

Pacientes com dobras profundas aos ângulos da boca, geralmente provocadas ou acentuadas pelo uso de próteses removíveis totais de dimensões verticais incorretas, comumente apresenta a área acometida por Cândida, que encontra condições favoráveis para o seu desenvolvimento no ambiente quente e úmido. No entanto, algumas lesões tipo angular são infectadas por bactérias.^{17,18,19,20}

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de paciente com necessidade de troca de prótese removível total, portadora de queilite angular. O tratamento da Queilite angular é a eliminação dos fatores que desencadearam a doença, sendo assim a principal preocupação foi a reabilitação oral da paciente com novas próteses totais removíveis e orientações quanto a higienização bucal.

Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, 56 anos apresentou-se ao Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia. No exame inicial verificamos que a paciente apresentava diabetes, deficiência nutricional e úlceras no estômago. A paciente relatou que a indicação de troca das próteses removíveis totais superiores e inferiores, foi solicitada por um médico devido a presença das úlceras no estômago e como a prótese era muito antiga estava se tornando um foco de instalação de bactérias e fungos.

No exame extrabucal e intrabucal foram observados fissuras bilaterais (figura 1), com aspecto avermelhado, e prótese removível total apresentando desgastes excessivos, com alteração de dimensão vertical. Devido estes fatores associados à deficiência nutricional e úlceras no estômago, foi diagnosticada Queilite Angular bilateral.

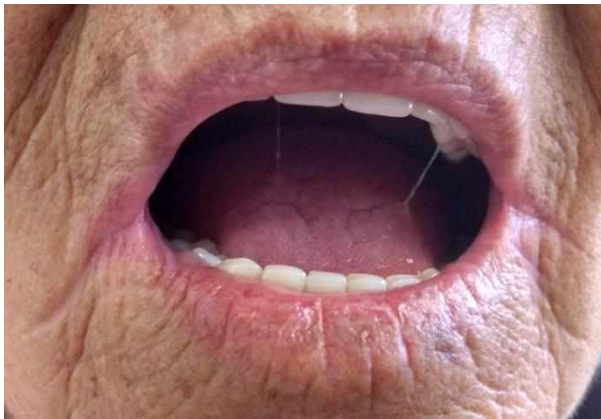


Figura 1-lesão bilateral na comissura labial



Figura 2- Paciente em oclusão(prótese desadaptada)

Iniciou-se o processo de reabilitação, com a moldagem de estudo, as moldeiras selecionadas foram de alumínio perfuradas para pacientes desdentados totais. Utilizou-se como materiais de moldagem a cera utilidade nos bordos da moldeira, com a finalidade de individualizá-la e hidrocolóide irreversível (alginato) como material fundamental. Após a obtenção dos modelos de estudo confeccionou-se as moldeiras individuais, respeitando os limites fisiológicos da área basal⁶; o material utilizado foi resina acrílica ativada quimicamente na fase plástica e espessura de aproximadamente de 3mm. Foi realizado a moldagem funcional utilizando a pasta à base de óxido de Zinco e Eugenol com a moldagem em dois tempos: 1º selado periférico (com o objetivo de certificar a extensão das bases) e 2º toda a área basal.⁷ A moldagem de trabalho tem por finalidade copiar a superfície disponível para suporte da prótese removível (Área Basal), o mais fiel possível, permitindo íntimo contato entre a prótese e a mucosa propiciando retenção, estabilidade e conforto, respeitando as áreas consideradas de alívio e comprimido nas áreas de compressão. Posteriormente obtive-se o modelo de trabalho.

Confeccionou-se a base provisória da prótese, e realizou-se o plano de orientação. É nesta importante etapa que reestabelecemos a dimensão vertical correta do paciente; que inicialmente (com a prótese antiga) era de 4,5mm (figura 3) e após o reestabelecimento da dimensão vertical obteve-se 5,5mm (figura 4).



Figura 3-Dimensão vertical antiga



Figura 4 -Dimensão vertical nova

Seguiu-se a seqüência convencional, para a obtenção das novas próteses removíveis. Na instalação verificou-se a adaptação, retenção, estabilidade inicial, a ideal dimensão vertical e repassada as instruções de uso: recomendações quanto a alimentação e higienização, retorno e durabilidade (5 a 7 anos).

Após três semanas de uso contínuo da prótese total foi observado uma grande melhora no quadro clínico, onde praticamente não existia lesão na comissura labial (Figura5 e 6), não sendo necessário intervenção de vitaminas suplementares no tratamento.



Figura 5-Comissura labial após 3 semanas de instalação das novas próteses.



Figura 6-Comissura labial após 3 semanas de instalação das novas próteses(boca aberta)

Discussão

É conveniente destacar que somente a presença do fungo não garante o desenvolvimento da infecção. Em pacientes saudáveis e com dentição completa, a presença da *Candida* raramente provoca doenças. Nos usuários de prótese, as manifestações clínicas dependem da interação entre microrganismo e hospedeiro.¹¹

Sabe-se que as espécies do gênero *Candida* vivem em equilíbrio dinâmico (comensais) com o hospedeiro. No entanto, quando essa harmonia é rompida, podem provocar doenças que vão desde uma manifestação inflamatória local até micoses sistêmicas que podem levar o indivíduo à morte.^{5,9,11} Leveduras do

gênero *Candida*, por exemplo, são responsáveis por causar infecções fúngicas superficiais em imunocompetentes, e por infecções sistêmicas em imunodeprimidos.³

A diminuição do fluxo salivar, em casos de xerostomia ou disfunção na produção de saliva, aumenta a possibilidade de trauma mecânico e diminui o efeito protetor da imunoglobulina A (IgA) presente no fluido, o que favorece índices elevados de colonização por *Candida* spp.^{11,21,22}

A predisposição à candidíase é favorecida por uma série de fatores sistêmicos que, direta ou indiretamente, levam a um estado de imunossupressão, como: câncer; antibioticoterapia prolongada; xerostomia; desnutrição; idade (especialmente idosos e crianças); diabetes; AIDS e gravidez. Já os fatores locais são: fumo; doenças preexistentes na mucosa oral; higiene precária e uso de prótese dentária. A presença desses eventos, sejam isolados ou associados, favorecem o desequilíbrio do binômio microrganismo/hospedeiro, condição onde as defesas do indivíduo ficam comprometidas, permitindo o crescimento desordenado do fungo e a invasão de tecidos, características da doença infecciosa oportunista^{1,4,8,10,11,12,13,14,23}

Conclusão

A perda dos dentes leva a uma grande mudança em todo o sistema trato gastrointestinal, ocorre alteração na mastigação, na oclusão, fonética, sistema muscular, estética e se não reabilitado de maneira correta, pode gerar patologias, com a Queilite Angular. É importante ressaltar o papel relevante do Cirurgião-Dentista na prevenção e preservação da saúde bucal e sua interação com todo o organismo.

Como podemos ver o resultado desse caso clínico (figura 7), uma reabilitação oral já proporcionou uma melhora no quadro clínico, sem intervenção medicamentosa. O cirurgião dentista deve diagnosticar corretamente as patologias relacionadas à próteses e microorganismos, como a *Candida*, avaliar os fatores

predisponentes e estabelecer o melhor tratamento, de maneira simples, menos mutilador e sem reações adversas.



Figura 7 – Antes e depois do paciente.

Referências bibliográficas:

- 1 AVRELLA, D; GOULART, L.S. **Isolamento de Candida spp. da mucosa oral de pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico.** Rev. Bras. Análises Clínicas, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 205-207, 2008.
- 2 BURK, K, HOEDEN E KORTING, G.W. **Doenças e Sintomas da Cavidade Bucal e da Região Perioral**– Atlas colorido. São Paulo: Manole, 1998. P.160-165 346p
- 3 CROCCO, E. I.; MÍMICA, L. M. J.; MURAMATU, L. H.; GARCIA, C.; SOUZA, V. M. S.; RUIZ, L. R. B.; ZAITZ, C. **Identificação de espécies de Candida e**

susceptibilidade antifúngica in vitro: estudo de 100 pacientes com candidíases superficiais. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 689-697, 2004.

4 DE ROSSI, T.; LOZOVY, M. A.B.; SILVA, R. V.; FERNANDES, E. V.; GERALDINO, T. H.; COSTA, I. C.; SARIDAKIS, H.O.; WATANABE, M. A. E.; FELIPE, I. **Interações entre Candidaalbicans e Hospedeiro.**Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 32, n. 1, p. 15-28, 2011.

5 DONGARI-BAGTZOGLU, A.; KASHLEVA, H.; DWIVEDI, P.; DIAZ P.; VASILAKOS, J. **Characterization of Mucosal Candida albicans Biofilms.**PLoS ONE, San Francisco, v. 4, n.11, p. 67-70, 2009.

6 GOMES, V. L. ; MACHADO, C. M. M. ; GUILHERME, A. S.**Técnicas Alternativas em Prótese Total.**Rev. E.A.P. Vol.1, 17:20.Jan/Jun,1988.

7 GOMES, V. L.; LIMA, J. B. G.; LIMA, J. H. F.; GOMES, J. B. **Moldagem em Prótese Removível Total.** In: Sergio De Freitas Pedrosa. (Org.). Pro-Odonto Prótese. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2011, V. 2, P. 87-124.

8 LOTFI-KAMRAN, M. H. et al. **Candida colonization on the denture of diabetic and non-diabetic patients.**Dent.Res. J. Isfahan, v. 6, n.1, p. 23-27, 2009.

9 MOURA, J. S. **Aderência de Candidaspp. a resinas acrílicas:** método de polimerização e presença ou não de saliva. 2005. 54f. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica –Área de Prótese Dental) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2005.

10 NETO, M. M.; DANESI, C.C.; UNFER, D. T. **Candidíase Bucal:** Revisão da Literatura. Saúde, Rio Grande do Sul, v. 31, n.1- 2, p. 16-26, 2005.

11 OLIVEIRA, C. E. **Candidaalbicans e estomatite por dentadura:** avaliação da presença do fungo na lesão, na prótese total superior e no sangue. 2009. 79f. Dissertação (Mestrado Odontologia – área de Patologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2009.

12 OLIVEIRA, M. S. M.; MIKAMI, Y.; MIYAJI, M.; GABAS, R.; MORETTI, M. L. **Determinação da frequência de Candida spp.na cavidade oral de pacientes graves internados no Hospital de Clínicas - Unicamp,** através de testes fenotípicos. Revista Pan-americana de Infectologia, Campinas, v.8, n.4, p.16-20, 2006.

13 PEREIRA-CENCI, T.**Avaliação da formação de biofilme de espécies de Candida sobre a superfície de resinas acrílicas para base e reembasamento de próteses removíveis.** 2008. 101f. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica – área

de Prótese Dentária) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

14 PEREIRA-CENCI, T.; DEL BEL CURY, A. A.; CRIELAARD, W.; TEN CATE, J. M. **Development of Candida-Associated Denture Stomatitis: New Insights.** J. Appl. Oral Sci., Campinas, v. 16, n. 2, p. 86-94, 2008.

15 PINHEIRO P. Disponível em:<http://www.mdsaude.com/2013/03/boqueira-queilite-angular.html> acesso em 3 de maio de 2016.

16 SCULLY.C. et al. **Atlas de diagnostico bucal.**São Paulo:Santos.1992.p.20-21
148p

17 SHAFER, W.G. et al.**Tratado de patologia bucal:** doenças de origem microbiana. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. p .363-367. 837p

18 STRALBURG, H, KNOLLE, G. **Atlas de enfermidade de mucosa oral.** Berlim: Die quintessenz, 1968. P.79-81. 270p

19 TOMMASI, A F.**Diagnostico em patologia bucal.** São Paulo: Pancast,1989.

20 TYDESLEY, W. **Atlas colorido de medicina oral.** São Paulo: Artes médicas,1978. P.12-17. 110p

21 TORRES, S. R. et al.**A prospective randomized trial to reduceoral Candida spp. colonization in patients with hyposalivation.**Braz. Oral Res., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 182-187, 2007.

22 VASCONCELOS, L. C. S.; SAMPAIO, F. C.; SAMPAIO, M. C. C; PEREIRA, M.S.V.; PEIXOTO, M. H. P. **Streptococcusmutans in denturestomatitispatientsunderantifungaltherapy.** Rev. Odonto. Ciência, João Pessoa, v. 25, n. 21, p. 120-125, 2010.

23 WINGETER, M. A.; GUILHERMETTI, E.; SHINOBU, C. S.; TAKAKI, I.; SVIDZINSKI T. I. S. **Identificação microbiológica e sensibilidade in vitro de Candida isoladas da cavidade oral de indivíduos HIV positivos.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 40, n. 3, 2007